

Nota de la práctica de privacidad / Consentimiento para tratar / Acuerdo financiero

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
----------------------	----------------------

Consentimiento para tratar

Inicial

Consiento a servicios y el tratamiento para ser proporcionada por CSHCN a que es concordado mutuamente.

Comprendo que CSHCN reúne y comparte información con otros para los servicios necesarios y para facilitar el tratamiento concordado mutuamente.

Reconocimiento del recibo de Nota de la práctica de privacidad

Inicial

Firmando esta forma, yo reconozco que he revisado y he recibido la Práctica de Privacidad de CSHCN.

Acuerdo financiero

Inicial

Autorizo el seguro, Medicaid, o beneficios de Medicare de ser pagados a CSHCN o su agente oficial para compartir información a compañías de seguros, Medicaid y el Medicare como sea necesario para procesar reclamos. Comprendo que puedo ser responsable de todo o una porción de la cuenta, como especificado por Responsabilidad Financiera Personal (PFR). Cederé a CSHCN cualquier cantidad pagado por directamente al asegurado por servicios recibidos por CSHCN.

Imprima nombre del paciente o representante legal

Fecha

Firma del paciente o representante legal

- Padre/Madre de niño menor
- Poder médico
- Otro, explica e incluya documentación
- El ser (18 o mayor)
- Representante legal

Nombre del representante de CSHCN
(Favor de imprimir)

Fecha